1° COMMENT RECONNAITRE LE PHOSPHORE FINEMENT PULVÉRISÉ OU FONDU ET MÉLANGÉ AVEC UNE PATE ALIMENTAIRE ?

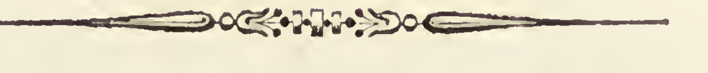
N° 49.

22.

2° QUELS SONT LES POINTS D'INSERTION MOBILE DE TOUS LES MUSCLES QUI MEUVENT LES PHALANGES DES DOIGTS ?

3° QUELLES SONT LES MALADIES QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LES HERNIES INGUINALES ? COMMENT CETTE COINCIDENCE PEUT-ELLE MODIFIER LE DIAGNOSTIC ; QUELLE EST SON INFLUENCE SUR LA MARCHE DES DEUX MALADIES EXISTANTES ?

4° QUELS SONT LES CARACTÈRES SYMPTOMATIQUES DU CROUP ?



THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 28 MAI 1838,

PAR

Bousseau (*Charles-Auguste-Victor*),

de Luçon (Vendée);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI,

ET A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Amour, reconnaissance éternels.

A MA GRAND'MÈRE.

Respect.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Amitié inaltérable, dévouement à toute épreuve.

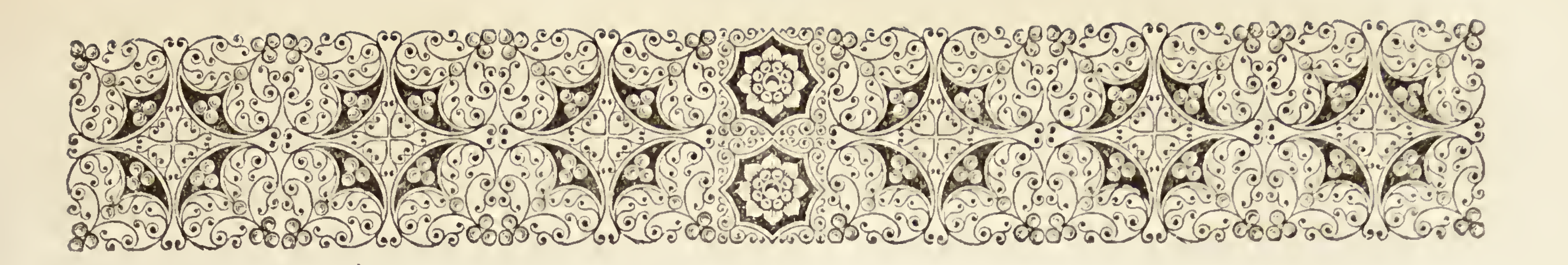
A MON ONCLE H. MERLAND,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

Pour réussir dans la carrière si difficile où je vais entrer, je compte plus sur tes conseils que sur les connaissances que je possède.

A TOUTE MA FAMILLE.

C.-A.-V. BOUSSEAU.



PREMIÈRE PARTIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

COMMENT RECONNAÎTRE LE PHOSPHORE FINEMENT PULVÉRISÉ OU FONDU ET MÉLANGÉ AVEC UNE PATE ALIMENTAIRE ?

Le phosphore réduit en poudre, ou fondu et mélangé avec une pâte alimentaire, est facile à reconnaître aux caractères suivants. Le mélange répand une odeur alliacée ; quand il est exposé à l'air, il s'en élève une fumée blanche. Pour que ces deux caractères apparaissent, il faut que la pâte contienne une assez grande quantité de phosphore ; mais par le procédé suivant, on peut en apprécier les plus petites parcelles. Si, en effet, avec un instrument quelconque, on étend la pâte sur une plaque métallique rougie au feu, la pâte brûle avec une flamme jaune, et il se produit une fumée blanche d'acide phosphorique, et, au milieu du mélange, on aperçoit çà et là des points lumineux. Si on triture le mélange avec le nitrate d'argent, le mélange passe au roux, puis au brun et au noir ; il se forme, dans ce dernier cas, du phosphure noir d'argent. Lorsque la pâte ne contient qu'un millième de son poids de phosphore, on doit attendre plusieurs heures avant qu'elle change de couleur. Ces moyens, dit M. Orfila, sont préférables à celui indiqué par

plusieurs auteurs, et qui consiste à exprimer sous l'eau la pâte phosphorée renfermée dans un nouet fait avec la peau d'un chamois; en effet, on éprouve trop de difficultés à faire passer à travers la peau quelques atomes de phosphore, parce qu'il est fortement retenu par la pâte.

DEUXIÈME PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUELS SONT LES POINTS D'INSERTION MOBILE DE TOUS LES MUSCLES QUI MEUVENT LES PHALANGES DES DOIGTS ?

Avant de traiter cette question, j'ai été long-temps embarrassé pour la comprendre; je ne sais pas encore si je l'ai bien comprise. Qu'est-ce qu'une insertion mobile ? Que veut-on dire par ce mot mobile ?... Est-ce le passage de ces différents muscles dans les gaînes aponévrotiques où glissent leurs tendons ? Est-ce l'insertion aux différents filaments aponévrotiques que s'envoient chacun des tendons de ces muscles ?... A-t-on voulu parler des insertions aux phalanges, insertions qu'on aurait considérées comme mobiles, à cause des mouvements qu'elles font subir aux doigts ? Mais, dans ce sens, les insertions de tous les muscles seraient mobiles, car quel est celui d'entre eux qui ne soit pas destiné à quelques mouvements ?.... Pour les muscles qui s'insèrent aux phalanges, nul doute que, lorsqu'ils se contractent en prenant leur point fixe à leur attache supérieure,

les mouvements se passent sur les phalanges. Mais si la main est solidement fixée, il n'en est plus de même, les mouvements se passent en haut. L'attache supérieure, comme l'attache inférieure, est donc mobile : dans ce sens, elles ne diffèrent que par le plus ou le moins.... Cependant j'ai cru qu'on avait voulu me demander les attaches aux phalanges, et je les ai décrites en me bornant tout-à-fait à la question.

Les muscles qui meuvent les phalanges des doigts ont été divisés, d'après le mode de mouvement qu'ils exercent, en fléchisseurs, extenseurs, opposants, adducteurs et abducteurs.

Les fléchisseurs sont au nombre de cinq : le fléchisseur superficiel des doigts, le fléchisseur profond, le grand fléchisseur du pouce, court fléchisseur du pouce, court fléchisseur du petit doigt.

Fléchisseur superficiel des doigts.

Le fléchisseur superficiel des doigts est situé tout-à-fait à la partie superficielle de la région antérieure de l'avant-bras. Simple supérieurement, il se termine inférieurement par quatre tendons. Ces quatre tendons, réunis encore par du tissu cellulaire jusques à leur passage sous le ligament annulaire antérieur, se séparent dès qu'ils en sont sortis, et se dirigent chacun vers le doigt aux phalanges duquel ils doivent se fixer. Arrivés à la tête des os métacarpiens correspondants, ils s'engagent dans une gouttière que présente la face antérieure des phalanges, gouttière qui est transformée en un véritable canal par une aponévrose qui s'insère à ses bords. C'est aussi à cette partie que les tendons se divisent pour laisser passer les tendons du muscle fléchisseur profond. Vis-à-vis la partie inférieure des premières phalanges des doigts auriculaire, annulaire, médius et indicateur, les tendons prennent un premier point d'insertion ; de ce premier point d'insertion partent deux petites bandelettes aponévrotiques qui contournent presque la seconde phalange, et vont s'insérer en s'amincissant sur les côtés de sa face postérieure à peu près vers le milieu.

Fléchisseur profond.

Ce muscle , situé au-dessous du précédent et simple comme lui supérieurement, se divise inférieurement en quatre tendons qui s'engagent dans les gaînes aponévrotiques situées à la partie antérieure des phalanges ; au-devant de la première phalange des doigts auriculaire , annulaire, médius et indicateur, chacun de ces tendons traverse la division qui existe sur les tendons du muscle précédent : de postérieurs qu'ils étaient ils deviennent antérieurs ; en sortant de cette division, ils s'élargissent et viennent s'insérer à la partie supérieure et antérieure des phalanges des quatre doigts que nous venons de désigner.

Grand fléchisseur du pouce.

Le muscle grand fléchisseur du pouce se termine inférieurement par un tendon qui s'engage sous le ligament annulaire antérieur du carpe , puis il se dirige vers le pouce , traverse le tendon du court fléchisseur de ce doigt , s'engage dans une gaîne aponévrotique qui existe aussi à la partie antérieure des phalanges du pouce, et va , en s'aplatissant , se terminer à la face antérieure et inférieure de sa phalange unguéale.

Court fléchisseur.

Le muscle court fléchisseur du pouce est divisé inférieurement en deux tendons qui, après avoir laissé passer entre eux le tendon du muscle grand fléchisseur du même doigt, se réunissent pour se séparer encore et aller s'insérer au niveau de l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce , l'interne à l'os sésamoïde interne , l'externe à l'os sésamoïde externe.

Court fléchisseur du petit doigt.

Ce muscle n'existe pas chez tous les sujets ; quand il existe, il s'insère à la partie supérieure de la première phalange du petit doigt.

Muscles extenseurs.

Ces muscles sont en égal nombre que les fléchisseurs ; ce sont : l'extenseur commun des doigts, l'extenseur du petit doigt, le petit extenseur du pouce, le grand extenseur du pouce, l'extenseur propre de l'indicateur.

Extenseur commun des doigts.

Ce muscle est terminé inférieurement par quatre tendons qui passent ensemble dans une coulisse creusée sur la face postérieure du radius. Ils y sont retenus par le ligament annulaire postérieur ; puis ils se dirigent chacun du côté du doigt auquel ils doivent appartenir. Les trois derniers sont fendus longitudinalement, et s'envoient des petites bandelettes aponévrotiques plus ou moins larges. Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, ils se rétrécissent et deviennent plus épais, puis ils s'élargissent de nouveau et reçoivent les tendons des muscles lombricaux et interosseux, et forment avec eux une aponévrose qui recouvre toute la face postérieure des phalanges. Vers leur extrémité, chacun des tendons se divise en trois portions : l'une, moyenne, passe derrière les articulations des première et seconde phalanges pour s'implanter à la face postérieure de celle-ci ; les deux autres sont latérales ; une fois parvenues sur les côtés de cette même articulation, elles se rétrécissent en s'écartant, puis elles se rapprochent et se réunissent pour former un tendon aplati qui va s'insérer à la partie supérieure et postérieure de la troisième phalange.

Extenseur du petit doigt.

Il se termine par un tendon qui va s'engager dans une coulisse que l'on rencontre vis-à-vis l'articulation radio-cubitale inférieure, et un peu oblique de dehors en dedans. Avant d'y pénétrer, le tendon de l'extenseur du petit doigt était divisé en deux parties réunies par du tissu cellulaire ; vers l'extrémité supérieure du carpe, il redevient unique, et s'élargit. Ensuite il arrive au petit doigt aux phalanges duquel il s'insère absolument comme ceux du muscle extenseur commun ; il s'unit là avec le tendon de ce muscle par son bord externe.

Petit extenseur du pouce.

Après être sorti de la coulisse que l'on rencontre sur la face postérieure du radius, ce muscle va côtoyer le premier os du métacarpe, et s'insérer en arrière et en haut de la première phalange du pouce.

Grand extenseur du pouce.

Placé au-dessous du précédent, son tendon, après être passé sur les tendons des muscles radiaux externes, descend un peu en arrière et en dedans du premier os du métacarpe : arrivé à l'articulation de cet os avec la première phalange du pouce, il se joint au tendon du court extenseur de ce doigt, reçoit deux expansions aponévrotiques des muscles court abducteur et court fléchisseur du pouce, s'épaissit et s'élargit de nouveau pour s'insérer à la partie postérieure de la phalange unguéale du pouce.

Extenseur propre de l'indicateur.

Ce muscle, placé à la partie externe du muscle extenseur commun

des doigts, a des insertions communes avec le tendon que ce dernier muscle fournit au doigt indicateur.

Grand abducteur du pouce.

Ce muscle se termine par un tendon qui s'engage dans la coulisse creusée sur le radius, coulisse dans laquelle passe aussi le muscle court extenseur du pouce. En sortant, le tendon se divise en deux ou trois portions, et vient s'implanter en dehors de l'extrémité supérieure du premier os du métacarpe.

Petit abducteur du pouce.

Le fibres charnues de ce muscle se terminent par un tendon court et aplati qui va s'implanter au côté externe de l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce.

Adducteur du pouce.

Le tendon de ce muscle, qui est situé très-profondément à la région antérieure de la main, se réunit au tendon du court fléchisseur du pouce, et se termine avec lui en dedans et en haut de la première phalange du pouce.

Adducteur du petit doigt.

Ce muscle s'insère en dedans de l'extrémité supérieure de la première phalange du petit doigt, par un tendon plus ou moins long; là il se trouve confondu avec le muscle court fléchisseur du petit doigt.

Opposant du pouce.

Ses insertions se font par de courtes fibres aponévrotiques tout le long du bord externe du premier os du métacarpe.

Opposant du petit doigt.

Il s'insère le long du bord interne du cinquième os du métacarpe.

Lombricaux.

Au nombre de quatre, ces muscles qui naissent du tendon du muscle fléchisseur profond, vont inférieurement se diriger vers l'articulation métacarpo-phalangienne de chacun des doigts ; là ils s'amincissent, contournent la première phalange, et, après avoir reçu les tendons des inter-osseux, ils se confondent avec les tendons de l'extenseur commun des doigts.

TROISIÈME PARTIE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELLES SONT LES MALADIES QUI PEUVENT COEXISTER AVEC LES HERNIES INGUINALES ? COMMENT CETTE COÏNCIDENCE PEUT-ELLE MODIFIER LE DIAGNOSTIC ? QUELLE EST SON INFLUENCE SUR LA MARCHE DES DEUX MALADIES EXISTANTES ?

Il me paraît indispensable, avant d'aborder cette question, d'entrer dans quelques détails sur les hernies inguinales.

On a donné le nom de hernie inguinale à la hernie qui se fait par le canal de ce nom, canal qui, de l'épine supérieure et antérieure

de l'os des îles, s'étend aux environs de la symphyse des pubis. Long d'à peu près un pouce et demi à deux pouces, formé par les trois muscles abdominaux, le grand, le petit oblique et le transverse, le canal inguinal est percé de deux ouvertures : l'une, supérieure et interne, immédiatement en contact avec le *fascia transversalis* et le péritoine; l'autre, inférieure et externe, qui ne se trouve en rapport qu'avec les vaisseaux spermatiques chez l'homme, avec le ligament rond chez la femme, enfin, chez l'un et l'autre, avec le *fascia superficialis* et un feuillet aponévrotique provenant du pourtour de l'anneau.

Chez l'homme, ce canal, pendant la vie fœtale ou dans les premiers jours de l'enfance, a donné passage au testicule et au cordon spermatique; il était donc nécessaire que, chez lui, les deux orifices en fussent assez larges. Il n'en est pas de même pour la femme; les ouvertures en sont étroites et en rapport avec le ligament rond.

Cette différence de disposition dans les deux sexes explique fort bien pourquoi l'homme est si souvent attaqué de hernies inguinales, tandis qu'elles sont si rares chez la femme. Nous étudierons cette maladie principalement chez l'homme.

Astley Cooper divise les hernies inguinales en quatre classes distinctes : hernie directe, hernie oblique, hernie congéniale, hernie enkystée de la tunique vaginale.

La hernie oblique est celle qui se dirige de dehors en dedans, de haut en bas, et qui, parcourant toute l'étendue du canal inguinal, côtoie le cordon testiculaire dans toute son étendue.

La hernie directe perce les parois abdominales d'arrière en avant, tout-à-fait derrière l'orifice intérieur, et croise dans le canal le cordon testiculaire.

Hesselback, prenant pour guide l'artère épigastrique, avait donné à ces deux hernies les noms de hernie interne et de hernie externe : interne, lorsque l'artère épigastrique se trouve à la partie externe de la tumeur; externe, dans le cas contraire. Bien qu'il ne soit pas toujours très-facile de savoir si on a affaire à une hernie interne ou à une hernie externe, il me semble que la dénomination de Hessel-

back est préférable ; en effet, la hernie directe de Astley Cooper offre deux grandes variétés qu'il est de la plus haute importance de ne pas confondre : la première est celle dont nous avons parlé plus haut, celle qui perce directement les parois abdominales (hernie interne de Hesselback). L'autre est la suivante.

Si une hernie est demeurée long-temps engagée dans le canal inguinal par l'orifice supérieur, son poids, son volume finissent par dilater le canal, élargir l'ouverture supérieure, la renverser à la partie interne, et la porter tout-à-fait derrière l'orifice inférieur. Dans ce cas, le chirurgien, s'il ne se laisse diriger que par l'idée d'obliquité ou de rectitude, débridera en dedans et blessera inévitablement l'artère épigastrique ; car cette artère, pendant tous les mouvements de dilatation, a fui devant les parties et s'est rapprochée du muscle droit abdominal.

La hernie congéniale est contenue dans une tunique vaginale qui n'a pas été oblitérée du côté de l'abdomen. Cette espèce n'existe que chez l'homme ; il en est de même de la hernie enkystée de la tunique vaginale, qui ne diffère de la précédente qu'en ce que, au lieu d'être en contact immédiat avec la tunique vaginale, les organes herniés sont contenus dans un kyste logé dans cette membrane.

Presque tous les viscères renfermés dans l'abdomen peuvent faire hernie par le canal inguinal ; il n'est pas jusques à l'estomac, à la rate, au rein, etc., qui ne s'y soient rencontrés. Mais, s'ils se montrent, ces cas, du moins ils sont très-rares. Les organes le plus souvent herniés sont : l'épiploon, le mésentère, le cœcum, le colon, les intestins grêles. Dans leur sortie, ces viscères ne se trouvent pas toujours en rapport avec la position qu'ils occupent dans l'abdomen. Ainsi le cœcum se montre quelquefois à gauche, et le colon gauche à droite.

Les intestins, en traversant le canal inguinal, poussent devant eux le péritoine ; aussi le sac herniaire est-il presque toujours formé par lui.

On appelle épiplocèle la hernie formée par l'épiploon, entérocèle la hernie formée par l'intestin, entéro-épiplocèle la hernie composée de l'épiploon et de l'intestin.

Tant que la hernie est contenue dans le canal inguinal, et que la tumeur se montre au pli de l'aine, on lui donne le nom de bubonocèle; on l'appelle hernie scrotale quand elle est descendue dans le scrotum; chez la femme, une fois sortie du canal inguinal, la hernie va se loger dans la grande lèvre.

La hernie est réductible ou irréductible : la réduction consiste dans la possibilité de faire parcourir à la hernie l'espace qu'elle a déjà parcouru pour sortir de l'abdomen. On a donné le nom de taxis à la manœuvre que le chirurgien emploie pour cette réduction. Le taxis, pour être bien fait, exige que l'opérateur presse la tumeur avec légèreté, et qu'il la dirige bien dans le sens du canal : obliquement si la hernie est oblique, directement si elle est directe. Lorsque, malgré tous les efforts que l'on a faits, l'on n'a pu parvenir à faire rentrer la hernie dans l'abdomen, elle est dite irréductible. L'irréductibilité est ordinairement occasionnée par des adhérences qui se sont établies entre le sac et les parties voisines, ou bien par l'accumulation des matières fécales dans l'intestin déplacé (engouement).

L'étranglement, dit Astley Cooper, consiste non-seulement dans l'irréductibilité de l'intestin ou de l'épiploon, mais encore dans une compression qui, d'une part, s'exerce sur les vaisseaux sanguins au point de provoquer de l'inflammation, et, d'autre part, sur l'intestin au point d'interrompre le passage des matières fécales.

Les maladies qui peuvent exister avec une hernie inguinale, et influer sur son diagnostic, sont de deux classes : générales ou locales. Parmi les premières, les coliques, l'iléus, le choléra, la péritonite, la métrite, peuvent faire croire à un étranglement ou opérer certains changements dans les rapports des parties; les secondes, non moins nombreuses, sont l'engorgement des ganglions (engorgement vénérien ou non vénérien), les abcès de toute sorte, le varicocèle, l'hydropisie du cordon, enkystée ou non enkystée, l'hydrocèle congéniale ou acquise, le sarcocèle, l'orchite, etc. : il m'a paru que ma question n'exigeait que l'examen de ces dernières. Parmi ces maladies, je ne décrirai même que celles dont l'existence rend le diagnostic très-obscur. Je ne ferai que glisser sur les autres.

ENGORGEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions engorgés ont été pris très-souvent pour des hernies inguinales, et *vice versâ*. Ces erreurs ont été commises, non-seulement par des chirurgiens ignorants, par des chirurgiens sans expérience, mais encore par les praticiens les plus habiles. On trouve dans tous les auteurs des preuves de ce que j'avance ici ; tous ceux qui ont écrit sur les hernies ont relaté des cas dans lesquels le bistouri du chirurgien, au lieu de donner issue à du pus, avait livré passage aux matières fécales, preuve infaillible que l'intestin venait d'être ouvert. Si, comme on le voit, un engorgement existant seul peut obscurcir le diagnostic, on conçoit que, dans les cas où cet engorgement existe avec une hernie, le diagnostic puisse devenir encore de beaucoup plus embarrassant. En effet, la tumeur formée par les deux maladies participe souvent de toutes les deux, mais en même temps elle diffère de chacune d'elles ; les symptômes ne sont pas francs ; chacune des deux maladies n'est pas bien dessinée. Cependant il est nécessaire de pouvoir les distinguer l'une de l'autre, soit pour le traitement ordinaire, soit pour l'opération, si on est obligé d'y recourir. Nous ne parlerons point des cas dans lesquels les deux tumeurs sont séparées, bien distinctes, parce qu'alors la conduite du médecin est facile.

Lors donc que les deux tumeurs se trouvent placées si près l'une de l'autre qu'elles n'en forment plus qu'une à l'extérieur, on réduira d'abord la hernie, si elle est réductible, et après on s'occupera de la tumeur qui restera. On tâchera de savoir à quel genre d'engorgement on a affaire. Si on parvient à reconnaître que c'est un ganglion qui s'est engorgé, il s'agira alors de déterminer la nature de cet engorgement : pour cela, on interrogera le malade ; on tiendra compte de son tempérament, on verra s'il n'a pas quelques symptômes de la maladie vénérienne, ou s'il n'existe pas des cicatrices qui attestent qu'il en a été atteint antérieurement ; on lui demandera s'il n'a pas reçu quelques coups dans la partie où siége l'engorgement, s'il n'a

pas fait quelques chutes, etc., etc. ; et, après ces différentes enquêtes, on appliquera un bandage herniaire s'il est possible de l'appliquer sans comprimer le ganglion tuméfié : si son application est impossible, on recommandera le repos au malade; on lui fera même garder le lit, et ensuite on s'occupera du traitement du ganglion, traitement antiscrofuleux, antisyphilitique ou antiphlogistique, suivant la nature de la maladie. Ce ne sera qu'après l'avoir guérie qu'on appliquera le bandage herniaire.

Mais tous les cas ne sont pas aussi simples. Il peut se faire, en effet, que, chez les femmes, par exemple, qui n'appellent ordinairement le médecin qu'à la dernière extrémité, quand il s'agit de maladies situées dans cette région, il se peut, dis-je, que les deux tumeurs soient tellement liées, qu'à moins d'avoir observé des cas semblables plusieurs fois, ou à moins d'une perspicacité qui n'est pas donnée à tout le monde, on ne puisse guère se prononcer. Dans ces cas, la hernie étant irréductible, on ne pourra plus séparer les deux tumeurs : souvent le toucher n'apprendra rien. Si le ganglion a contracté des adhérences avec le sac ; s'il est situé à sa partie postérieure, il est quelquefois impossible de diagnostiquer sa présence. Cependant, dans un cas semblable, M. Bradley, chirurgien anglais, reconnut bien l'existence des deux tumeurs, et, plus tard, la tumeur formée par la hernie étant venue à s'étrangler, et ayant été obligé de faire l'opération, il trouva un des ganglions inguinaux considérablement tuméfié. Le ganglion, engorgé lorsqu'il est situé très-près du collet de la hernie, peut, par sa seule présence, en occasionner l'irréductibilité. On conçoit aussi très-bien comment il peut favoriser l'étranglement ; il suffit souvent de guérir ces engorgements pour rendre réductible une hernie qu'on avait jugée irréductible.

Je crois devoir dire un mot ici des lipômes et des autres tumeurs accidentelles qui se forment au pli de l'aine. Toutes ces tumeurs agissent de la même manière que les engorgements des ganglions. On peut les prendre pour des hernies inguinales ; car elles fournissent quelquefois les mêmes symptômes qu'elles. Dernièrement, à

l'hôpital S[t]-Éloi, nous avons vu une de ces accumulations graisseuses embarrasser beaucoup MM. Serres et Lallemand. Tous les élèves qui ont observé le sujet qui présentait cette maladie , ont cru à l'existence d'une hernie ; M. Lallemand pensait que c'était un abcès ; lorsqu'il en fit l'ouverture, il rencontra une matière graisseuse.

Les abcès par congestion, ou abcès locaux, peuvent aussi se rencontrer avec une hernie. On a pour se guider les circonstances antérieures ; quelquefois la fluctuation est plus considérable que si la hernie existait seule. Une particularité qui accroît l'embarras dans certains cas d'abcès par congestion , c'est que la tumeur est réductible presque à l'instar d'une hernie.

VARICOCÈLE.

Le varicocèle, ou plutôt cirsocèle , est la dilatation anormale des veines spermatiques. Tant que cette dilatation n'est pas grande, les accidents qui peuvent en résulter sont peu graves. Mais il arrive quelquefois que ces vaisseaux acquièrent un volume très-considérable, et alors, non-seulement ils peuvent être pris pour une hernie inguinale , mais ils peuvent lui donner naissance. Dans la station debout , dans la marche et dans les exercices du corps , ces vaisseaux, par la présence du sang qui les remplit, pèsent sur le canal inguinal et le dilatent ; puis , lorsque le malade se trouve dans une autre position , lorsqu'il est couché en supination , ou bien lorsqu'on soulève le scrotum , alors les vaisseaux se vident en partie , et le canal, ne se trouvant plus en entier rempli par eux, est bien plus disposé à laisser échapper les viscères abdominaux. La formation de la hernie étant possible par le mécanisme dont nous venons de parler, on peut aussi très-bien s'expliquer pourquoi, dans ces cas, elle est bien plus exposée à l'étranglement que quand elle existe seule. Dans les positions dans lesquelles le sang séjourne dans les veines, il y a une compression réciproque de ces vaisseaux sur la hernie, et de la hernie sur eux, compression qui amène l'inflammation et les

accidents de l'étranglement. Si on est obligé de faire l'opération de la hernie, il faut bien se rappeler les positions qu'occupent les différents vaisseaux du cordon dans les hernies inguinales, afin de les éviter en incisant. Cette maladie, il faut l'avouer, n'est pas souvent assez grave pour que sa complication devienne dangereuse.

HYDROPISIE DU CORDON, ENKYSTÉE OU NON ENKYSTÉE.

L'hydropisie non enkystée du cordon spermatique peut être prise pour une hernie inguinale, surtout si la tumeur est située au-dessus de l'orifice inférieur du canal, car alors elle présente presque tous les caractères d'une hernie. Elle cède sous la pression ; dans le décubitus, elle disparaît presque entièrement pour apparaître de nouveau dans la station debout. L'insensibilité de la partie, l'absence du gargouillement, peuvent cependant la faire reconnaître. Si une hernie existe en même temps que cette maladie, on rencontrera sur les parois du sac une seconde tumeur qu'il ne faudra pas confondre avec le testicule qui se trouve plus bas. Pour l'hydropisie enkystée, les caractères auxquels on la reconnaîtra sont à peu près les mêmes ; seulement la tumeur est moins mobile : Scarpa en cite un exemple fort détaillé (1). Voilà ce que dit Pott de cette maladie : « l'état de liberté supérieure » du cordon spermatique, l'accumulation graduelle de la sérosité, et » par conséquent l'augmentation graduelle de l'enflure, son état d'in- » dolence permanente, l'impossibilité de la réduire ou de la faire » rentrer dans le ventre dès le commencement, le privilége dont elle » jouit toujours de n'être affectée ni par la toux ni par les éternu- » ments, et les évacuations intestinales libres et non interrompues tant » qu'elle existe, doivent toujours la distinguer d'une hernie intes- » tinale : il faudrait être bien ignorant ou apporter bien peu d'atten- » tion, pour la confondre avec un épiplocèle. »

(1) Scarpa, traité des hernies, page 197.

HYDROPISIE DE LA TUNIQUE VAGINALE CONGÉNIALE OU ACQUISE.

L'hydropisie de la tunique vaginale, généralement appelée hydrocèle, présente deux variétés : elle est congéniale ou acquise. L'hydrocèle congéniale est l'accumulation d'un liquide dans une tunique vaginale dont la communication avec le péritoine n'a pas été interrompue. L'hydrocèle acquise est formée dans une tunique vaginale oblitérée. Ces deux maladies présentent des symptômes différents ; aussi les erreurs de diagnostic qu'elles occasionnent varient avec chacune d'elles.

L'hydrocèle congéniale peut exister avec une hernie inguinale, hernie qui, elle-même, dans ce cas, est dite congéniale. Les organes herniés sont immédiatement en contact avec la sérosité ; les deux tumeurs sont confondues, mais la hernie occupe ordinairement la partie supérieure : on la rencontre tout près de l'anneau inférieur. Le chirurgien est quelquefois fort long-temps avant de penser qu'il existe une hernie; il est même arrivé que l'on ait fait l'opération de l'hydrocèle sans avoir cru à l'existence d'une seconde maladie, et que l'erreur commise n'ait été découverte qu'après l'évacuation de la sérosité; lorsque la hernie s'est étranglée, il n'est plus permis d'avoir des doutes; il faut sans hésiter faire l'opération, et on attaque ainsi les deux maladies.

L'hydrocèle acquise se reconnaît de la hernie inguinale aux caractères suivants : la tumeur s'est formée de bas en haut; elle est lisse, fluctuante, transparente; il existe entre elle et l'anneau un intervalle occupé par le cordon. La hernie, au contraire, croît de haut en bas; elle n'est que peu fluctuante, point transparente. Avant que la tumeur formée par l'hydrocèle soit très-volumineuse, on peut, au toucher, sentir un corps dur : ce corps est le testicule. Dans la hernie, on ne trouve rien de semblable.

Lorsque les deux maladies existent ensemble, il arrive presque toujours qu'elles se sont engendrées l'une et l'autre. Mais avant,

chacune d'elles a existé seule. Si la hernie a paru la première, son collet, en pressant sur les vaisseaux spermatiques, entrave la circulation. De là, séjour plus long du sang dans le scrotum et la tunique vaginale, augmentation de l'exhalation, formation du liquide. Si, au contraire, on a vu l'hydrocèle se développer d'abord, la hernie pourra à son tour être occasionnée par elle. En effet, la tumeur que forme l'hydrocèle, devenant de plus en plus volumineuse et de plus en plus pesante, distend fortement les parties environnantes, et entraîne en bas le cordon testiculaire; celui-ci, transmettant au canal inguinal le poids qu'il supporte, élargit le canal, et, tiraillant le péritoine, peut facilement entraîner avec lui les intestins.... Lorsqu'elles sont formées, ces deux tumeurs, il est très-important de ne pas les prendre l'une pour l'autre, afin d'opérer avec certitude, ce qui n'est pas toujours facile. L'hydrocèle, comme nous l'avons déjà dit, occupe la partie inférieure du scrotum, et laisse, entre elle et l'anneau inférieur du canal inguinal, un espace occupé par le cordon : c'est dans ce point qu'apparaîtra la hernie. Tant qu'elle sera réductible, il suffira de réduire pour mettre à nu l'hydrocèle. Mais si la hernie a acquis un volume très-considérable, et qu'elle soit devenue irréductible, alors les deux tumeurs que, dans les autres cas, il aura été possible d'isoler, deviennent inséparables. Il n'existe souvent entre elles aucune ligne de démarcation qui puisse faire dire au médecin : ici est l'hydrocèle, et là est la hernie. Que faire dans des cas semblables?.... On peut éclairer son diagnostic en cherchant à savoir si la hernie est oblique ou directe. Car, disent les auteurs, si la hernie est oblique, elle se rencontre devant l'hydrocèle; si elle est directe, c'est l'hydrocèle que l'on rencontre à la partie antérieure. Mais, il faut l'avouer, il n'y a rien de bien positif, de constant dans cette règle. Un mouvement brusque quand la hernie se forme, une position forcée, peuvent déranger les rapports anatomiques des parties, et changer nécessairement les places occupées par les deux tumeurs. Quoi qu'il en soit, le chirurgien qui a reconnu la coexistence des deux maladies doit réduire la hernie avant d'opérer l'hydrocèle; si la hernie est irréductible ou

étranglée, il doit encore opérer l'hydrocèle d'abord. Mais s'il a des craintes sur la position exacte de la hernie, il doit préférer l'incision à la ponction, et, s'il fait l'incision, il doit prendre toutes les précautions possibles, diviser les tissus couche par couche, et même diriger son bistouri sur une sonde cannelée. On ne se repent jamais d'avoir été trop minutieux dans des circonstances semblables, tandis que des accidents irréparables peuvent provenir d'un peu de négligence.

La pression continue qu'exercent les deux tumeurs l'une sur l'autre peut compliquer de beaucoup les accidents. La compression de l'hydrocèle sur la hernie occasionne souvent de l'inflammation, et, de son côté, la hernie peut comprimer l'hydrocèle au point de rompre la tunique vaginale. Dupuytren a vu une tumeur herniaire qui, après avoir pénétré dans le kyste d'une hydrocèle, s'étrangla par l'ouverture de communication.

M. Larrey a vu plusieurs cas de hernies inguinales accompagnées d'hydrocèle, dans lesquels trois opérations étaient nécessitées : d'abord la sortie du liquide contenu dans la tunique vaginale, puis l'opération ordinaire de la hernie, enfin l'extirpation du testicule. Dans les observations que rapporte M. Larrey, ainsi que dans bien d'autres cas cités par différents auteurs, il y avait trois maladies à la fois ; et d'après la manière dont m'a été posée la question que j'ai à traiter, il semblerait qu'il ne pût en exister que deux. C'est sans doute une erreur de la personne qui a dicté les questions, ou bien une faute de rédaction de la part du secrétaire.

ORCHITE, SARCOCÈLE.

Je réunis ici ces deux maladies, parce que, lorsqu'elles existent avec une hernie inguinale, elles agissent de la même manière.

L'orchite est l'inflammation du testicule. Par sarcocèle, j'entends toutes les dégénérescences du même organe. Dans ces deux maladies, le testicule a augmenté de volume et de poids ; aussi, pour la for-

mation de la hernie, elles agissent, comme l'hydrocèle, tout-à-fait mécaniquement.

Lorsque l'orchite existe avec une hernie scrotale irréductible, on peut reconnaître le testicule enflammé à la sensibilité de la partie, à la forme de l'organe, à sa densité. Les phénomènes généraux sont alors bien plus graves que lorsque la hernie existe seule, et cela se conçoit très-bien. Selon tous les auteurs, il n'est aucune douleur comparable à celle occasionnée par l'inflammation du testicule; et la hernie appuyant constamment dessus, rend cette douleur plus intolérable encore. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir se déclarer une fièvre très-grave, du délire, etc. Tout cela fait prendre aux deux maladies une marche rapide et funeste, et l'opération devient on ne peut plus douloureuse pour le malade, et souvent fort embarrassante pour le médecin.

Dans le sarcocèle, la tumeur formée par le testicule présente des irrégularités; sa sensibilité n'est pas plus grande, du moins généralement. L'organe est quelquefois tout déformé; souvent il est très-dur.

Comme dans le cas d'hydrocèle et de hernie, il arrive fréquemment qu'il est impossible de séparer la tumeur appartenant à la hernie de celle appartenant à l'orchite ou au sarcocèle; il faut, comme dans le premier cas, agir avec beaucoup de prudence. Souvent on peut se dispenser de faire deux opérations; car, après l'opération de la hernie, l'orchite peut être guérie; tandis que, si on différait trop l'opération, il pourrait se faire que le testicule tombât en gangrène.

QUATRIÈME PARTIE.

SCIENCES MÉDICALES.

QUELS SONT LES CARACTÈRES SYMPTOMATIQUES DU CROUP ?

On a donné le nom de croup à une maladie du larynx, revêtant le plus souvent la forme de l'inflammation, et ayant une tendance manifeste à se terminer par la formation d'une fausse membrane.

Cette maladie est considérée comme propre à l'enfance, bien qu'elle se montre parfois chez les adultes et même chez les vieillards. M. Andral en cite plusieurs cas, mais ce sont des exceptions qui ne détruisent pas la règle générale. Le croup ne se présente pas chez tous les individus constamment avec les mêmes symptômes comme presque toutes les autres maladies ; ces symptômes varient souvent avec les tempéraments, la rapidité avec laquelle la maladie parcourt ses différentes périodes, les saisons dans lesquelles elle apparaît, les lieux, la constitution atmosphérique, etc. Je vais cependant la décrire d'une manière générale ; car, dans la symptomatologie d'une maladie, il est impossible de faire entrer tous les faits, toutes les nuances qui peuvent exister : il faudrait avoir fait de cette maladie une étude toute spéciale, l'avoir observée très-souvent, et, pour moi, je l'avouerai, je n'ai vu que deux ou trois cas de croup.

Parmi les symptômes du croup, j'étudierai d'abord ceux qui existent pendant la vie du malade ; j'énumérerai ensuite les lésions cadavériques qui peuvent se rencontrer, lésions qui ne sont qu'un complément des symptômes.

Pour mettre autant que possible de l'ordre dans ces quelques lignes,

je diviserai le croup en trois périodes, suivant en cela l'exemple de la plus grande partie des auteurs.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Cette première période est principalement caractérisée par des symptômes catarrhaux. Ainsi, on voit souvent le croup débuter par des frissons, de la lassitude, des éternuments, de la toux. Le malade devient triste, insouciant; il éprouve du dégoût. L'apathie est un des premiers symptômes. Bientôt l'enfant est pris de larmoiement; la membrane pituitaire sécrète plus que d'habitude ; il y a somnolence. Cet état, qui, par certains auteurs, est considéré tout-à-fait en dehors du croup, dure un ou deux jours, après lesquels la maladie se dessine mieux.

La fièvre se déclare ; d'abord elle est éphémère, ne dure que quelques heures, et apparaît principalement le soir. La toux s'établit en quintes; le sommeil de la nuit commence à être interrompu; la respiration s'embarrasse; elle devient un peu bruyante; la voix se fait rauque; la face est rouge, la peau brûlante. Le petit malade ressent du picotement à la partie antérieure du cou; il y porte souvent la main. A cette époque, le cou est quelquefois légèrement tuméfié. Dans cette période, tous les symptômes laissent entre eux des intervalles de calme pendant lesquels l'enfant revient presque à sa gaîté ordinaire. De temps en temps on le voit changer de couleur ; il est inquiet, signe certain qu'une quinte va arriver : le pauvre enfant fait son possible pour la reculer; puis, quand elle s'annonce, il prend des points d'appui à tout ce qui l'environne, pour rendre moins douloureuse la secousse qu'il va éprouver. Cet état d'intermittence dans la fièvre, le malaise et la toux, dure parfois de quatre à cinq jours. Il faut bien noter que, pendant toute cette période, le pouls est dur et fréquent.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Dans les derniers moments de la première période, l'intermittence entre les accès existait encore, mais elle avait de beaucoup diminué. Plus on approche de la seconde, plus la maladie tend à devenir continue. La respiration est plus difficile; elle s'accompagne d'un sifflement particulier; l'enfant, pour la faciliter, prend une infinité de positions sans pouvoir en garder aucune; tous ses mouvements sont empreints d'une brusquerie, d'une impatience extraordinaires. La raucité de la voix augmente; la toux revêt le caractère qui à lui seul suffit pour faire connaître l'existence du croup. On a comparé le son de la toux à une foule de choses : au cri du jeune coq, au gloussement d'une poule, à l'aboiement d'un jeune chien, au bruit que fait l'air en traversant un tube métallique. Lobstein le compare au son produit par une bouteille à gouleau étroit lorsqu'on la vide. M. Dugès a rencontré plus juste en le comparant à la toux d'un chat ou d'un chien qui a avalé de travers : du reste, quel que soit le point de comparaison que l'on établisse, toujours est-il que si on a entendu le son croupal une seule fois, il est si caractéristique, qu'on le reconnaîtra toujours.

A cette époque, la toux subit une nouvelle modification; elle n'arrive plus par quintes; elle est presque continue. On remarque dans le pharynx un suintement fétide, et sur les amygdales quelques petites plaques blanches : alors la fausse membrane commence à se former. On peut facilement la voir : elle s'étend quelquefois jusque dans le pharynx. Le sifflement de la respiration augmente; la toux, qui n'occasionnait pas d'expectoration, amène des débris de fausses membranes; la figure, de rouge qu'elle était, devient livide; les lèvres sont violettes; la peau est recouverte d'une sueur froide (surtout au visage et au cou); le pouls a notablement changé : de dur et fort qu'il était, il est devenu faible, petit, serré, mais toujours fréquent. Il s'établit quelquefois des vomissements muqueux; le malade peut rejeter des fausses membranes qui ont la forme du

tube du larynx. D'autres fois l'expectoration est nulle pendant toute la durée de la maladie : c'est dans ces cas que la suffocation est plus grande. Il semble que le rejet des fausses membranes et des mucosités soulage beaucoup le malade, car souvent, après qu'il en a rejeté, il a quelques minutes de calme. Pendant toute cette période, l'agitation est extrême : on a vu des enfants se lever, courir dans l'appartement, et tomber bientôt épuisés de fatigue. C'est aussi dans cette période que la maladie se juge : souvent le malade meurt avant d'arriver à la troisième.

TROISIÈME PÉRIODE.

Tout, dans cette période, annonce une mort prochaine. Le malade semble épuisé, abattu ; la maladie a revêtu un caractère adynamique ; la voix ne se fait plus entendre ; la parole est impossible ; la rougeur de la face disparaît ; la respiration est convulsive ; la somnolence est accrue ; une sueur froide visqueuse couvre le visage ; le pouls est irrégulier, intermittent, moribond. Au milieu de ce désordre, le malade conserve encore ses facultés intellectuelles. Les veines jugulaires sont gonflées ; les carotides battent avec force ; le visage rougit et pâlit alternativement ; les yeux s'enfoncent ; le malade meurt quelquefois au milieu de convulsions et d'angoisses horribles ; d'autres fois il s'éteint lentement sans accuser émotion. La mort est souvent précédée d'un moment de calme apparent ; et si on n'est pas habitué à cette maladie, on peut espérer qu'il s'opère une crise lorsque, pour une autre, ce calme est le signe certain d'une mort prochaine. Car, comme l'observe M. Andral, cette tranquillité ne survient pas parce que l'obstacle à l'entrée de l'air est enlevé, mais bien parce que les puissances inspiratrices ont perdu toute leur énergie : il n'y a plus que le diaphragme qui agisse.

Si la maladie doit se terminer par le retour à la santé, le mieux survient le plus souvent dans la seconde période ; tous les symptômes que nous avons décrits diminuent peu à peu. Si le mieux arrive

dans la troisième période, ce n'est que lorsque le malade est pris de vomissements et d'expectorations abondants.

Parmi ces symptômes, il en est à l'aide desquels on reconnaîtra toujours le croup : ainsi la raucité de la voix, le son particulier de la toux, la difficulté de la respiration, la marche de la fièvre. Je ne dirai rien du croup chronique, observé par M. Dugès : je crois à son existence ; mais ne l'ayant jamais observé, il me serait fort difficile de le décrire.

LÉSIONS CADAVÉRIQUES.

On ne trouve rien de particulier à l'extérieur du cadavre, seulement il présente à peu près le même aspect que celui des asphyxiés. Le plus souvent la face est pâle, les yeux enfoncés, les muscles du cou raides, les veines gonflées, etc.

Dans le cerveau, on rencontre des altérations différentes, suivant que les convulsions ont été plus ou moins violentes, et que, par suite, la congestion a été plus grande. Ainsi, dans certains cas, on ne trouve pas de trace d'injection dans les vaisseaux cérébraux ; d'autres fois ils sont gorgés de sang, et les membranes du cerveau remplies de sérosité. La membrane muqueuse du larynx est plus ou moins rouge, plus ou moins tuméfiée. On remarque presque toujours une concrétion albumineuse ; on trouve souvent les débris de la fausse membrane, qui quelquefois ne se borne pas au larynx, mais envahit la trachée et les bronches ; quelquefois elle remonte du côté du pharynx. C'est principalement lorsque les phénomènes catarrhaux ont été très-intenses que l'on trouve du désordre du côté des bronches. On y rencontre souvent une matière visqueuse, tantôt épaisse, tantôt fluide, ou bien des flocons albumineux. Dessous cette matière visqueuse, et sous les débris de la fausse membrane que l'on peut enlever, on rencontre la membrane du larynx extrêmement rouge. Cette rougeur est d'autant plus intense, que la maladie a été plus courte. On remarque çà et là, sur la membrane

muqueuse du larynx, des petits points rouges que M. Blache a considérés comme des vaisseaux rudimentaires. M. Gendrin croit qu'ils sont dus à une hémorrhagie de la muqueuse ; mais M. Blache ayant laissé douze heures dans l'eau des membranes couvertes de ces petits points sans les voir disparaître, il me semble plus rationnel de se ranger à l'avis de ce dernier.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Examinateur*. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND, *Président*. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N........ Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH, *Suppléant*. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils, *Suppléant*.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE, *Examinateur*.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN, *Examinateur*.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.